

様式第 4 号（第 9 条関係）

届 出 書

年 月 日

三重県知事 様

住 所

氏 名

電話番号
(認定番号 第 号)

三重県薬剤師奨学金返還支援助成金交付要領第 9 条第 2 号の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

事 項 (あてはまるものに ○をしてください。)	(1) 休職、退職又は転職 (2) 他病院への転勤、出向等 (3) 新たな奨学金返還支援制度の併用 (4) 他の奨学金返還支援制度の助成金額の変更 (5) 奨学金返還の一部免除 (6) 助成金の交付の辞退 (7) その他重要な事項の変更
内 容 又 は 理 由	
変 更 (予 定) 年 月 日	
備 考	

※他の奨学金支援制度の利用や奨学金返還免除等の場合、内容が確認できる書類（助成や免除に係る決定通知の写し、助成額や免除額が分かる証明書の写し等）を添付してください。